

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(申請先) 江 差 町 長

年度

次のとおり関係書類を添えて、食費・居住費（滞在費）に係る負担限度額認定を申請します。

被保険者番号	0 0 0 0 0 0 0	個人番号	
フリガナ		性 別	男 ・ 女
被保険者氏名 (申請者)		生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日
住 所	〒 電話番号		
入所(院)した 介護保険施設の 所在地及び名称(※)	〒 電話番号		
入所(院)年月日(※)	年 月 日	(※) 介護保険施設に入所(院)していない場合及び ショートステイを利用している場合は、記入不要です。	

配偶者の有無	有 ・ 無		左記において「無」の場合は、以下の「配偶者に関する事項」については、記入不要です。	
配偶者に関する事項	フリガナ		生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日
	氏 名		課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税
	住 所	〒 電話番号		
	本年1月1日 現在の住所 (現住所と異なる場合)	〒		

収入等に関する申告	☐	①生活保護受給者／市町村民税非課税世帯である老齢福祉年金受給者			
	☐	②市町村民税世帯非課税者であって 課税年金収入額と非課税年金(※)収入額、その他の合計所得金額の合計額が <u>年額 82.65 万円以下</u>			
	☐	③市町村民税世帯非課税者であって 課税年金収入額と非課税年金(※)収入額、その他の合計所得金額の合計額が <u>年額 82.65 万円を超え、120 万円以下</u>			
	☐	④市町村民税世帯非課税者であって 課税年金収入額と非課税年金 (※) 収入額、その他の合計所得金額の合計額が <u>年額 120 万円超</u>			
預貯金等に関する申告	☐	預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は 650 万円(同 1,650 万円)、③の方は 550 万円(同 1,550 万円)、④の方は 500 万円(同 1,500 万円)以下 ※第2号被保険者(40歳以上64歳以下)の場合、②～④の方は 1,000 万円(夫婦は 2,000 万円)以下			
	預貯金額	円	有価証券 (評価概算額)	円	その他(現金・負債を含む)

※非課税年金とは、遺族年金(寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含む)、障害年金です。

被保険者以外の方が提出する場合、下記について記入してください。

提出者氏名	連絡先(自宅・勤務先)
提出者住所	本人との関係

注意事項

- (1) この申請書における「配偶者」については、別世帯の配偶者又は内縁関係の者を含みます。
- (2) 預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数保有している場合は、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- (3) 書き切れない場合は、余白に記入するか又は別紙に記入の上添付してください。
- (4) 虚偽の申告により不正に特定入所者介護サービス費等の支給を受けた場合には、介護保険法第22条第1項の規定に基づき、支給された額及び最大2倍の加算金を返還していただくことがあります。

※裏面の同意書にも記入してください。

同意書

江 差 町 長 様

介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、官公署、年金保険者又は銀行、信託会社その他の関係機関（以下「銀行等」という。）に私及び私の配偶者（内縁関係の者を含む。以下同じ。）の課税状況及び保有する預貯金並びに有価証券等の残高について、報告を求めることに同意します。

また、江差町長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私及び私の配偶者が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。

年 月 日

<本人>

住所

氏名

＜配偶者＞

住所

氏名

※町記入欄

受 付	確認欄	☐ 添付書類 ☐ 入力 ☐ ()		交付日	年 月 日
	結果 区分	承認	☐ 1 段階 ☐ 2 段階 ☐ 3 段階① ☐ 3 段階②		
		非承認	☐ 本人課税 ☐ 配偶者課税 ☐ 資産 ☐ その他		
	有効期間	年 月 日から 年 月 日			
	送付先	☐ 申請者住所 ☐ 入所先施設 ☐ その他()			